



WORK ART
OŚRODEK SZKOLEŃ

SYGNATURA

.....

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Kurs instruktora strzelectwa sportowego

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

DATA URODZENIA MIEJSCE URODZENIA

WYKSZTAŁCENIE

POSIADAM PATENT STRZELECKI NUMER

POSIADAM LICENCJĘ ZAWODOWĄ NUMER

ADRES ZAMIESZKANIA

ULICA NUMER DOMU NUMER MIESZKANIA.....

KOD POCZTOWY MIEJSCOWOŚĆ

WOJEWÓDZTWO

NUMER TELEFONU E-MAIL

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji kursu (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)).*

Akceptuję „Regulamin sprzedaży usług szkoleniowych” w ramach oferty szkoleniowej dostępnej na stronie www.szkoleniaworkart.com*

Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie na podany w formularzu adres poczty elektronicznej informacji o imprezach i projektach organizowanych przez Ośrodek Szkoleń WORK ART oraz treści marketingowych w formie newslettera wysyłanych przez Ośrodek Szkoleń WORK ART w imieniu własnym i jego kontrahentów.

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Podpis)

*Zgoda obowiązkowa